

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO (Para ser completada por el Condado)

Nombre del Solicitante/Beneficiario:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	
Condado de residencia:	# del Caso de IHSS:
Nombre del Trabajador de IHSS:	
Número de teléfono del Trabajador de IHSS:	Número de fax del Trabajador de IHSS:

B. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD (Para ser completada por el solicitante/beneficiario)

Yo, _____, autorizo la divulgación de información sobre el cuidado
(ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE)

de la salud relacionada a mi condición física y/o mental al Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar en lo que se refiere a mi necesidad de servicios domésticos/relacionados y de cuidado personal.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____
(SOLICITANTE/BENEFICIARIO O TUTOR/CURADOR LEGAL)

Testigo (si la persona firma con una "X"): _____ Fecha: ____/____/____

A: EL PROFESIONAL EN EL CUIDADO DE LA SALUD CON LICENCIA* –

La persona cuyo nombre aparece en la parte de arriba ha solicitado o actualmente está recibiendo beneficios del Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS). La ley del Estado requiere que para que se autoricen o se continúen los servicios del Programa de IHSS, un profesional en el cuidado de la salud con licencia tiene que proporcionar una certificación sobre el cuidado de la salud en la cual declare que la persona mencionada arriba no puede hacer independientemente alguna actividad de la vida diaria y que sin los servicios de IHSS, esta persona estaría en peligro de ser colocada bajo cuidado fuera del hogar. Este formulario de certificación sobre el cuidado de la salud se tiene que completar y devolver al trabajador de IHSS mencionado arriba. El trabajador de IHSS usará la información que se proporcione para evaluar la condición actual de la persona y su necesidad para cuidado fuera del hogar si no se proporcionan los servicios de IHSS. El trabajador de IHSS tiene la responsabilidad de autorizar los servicios y las horas de servicio. La información que se proporcione en este formulario se considerará como un factor en la necesidad para servicios, y se considerará toda la documentación pertinente para hacer una determinación en relación a IHSS.

IHSS es un programa cuyo propósito es habilitar a las personas de edad avanzada, ciegas, y discapacitadas quienes están más en riesgo de ser colocadas bajo cuidado fuera del hogar para que se queden de una manera segura en su propio hogar proporcionándoles servicios domésticos/relacionados y de cuidado personal. Los servicios de IHSS incluyen: limpiar la casa, preparar comidas, limpiar después de las comidas, lavar la ropa, ir de compras para la comida u otras necesidades, ayuda con el cuidado para la respiración, asistir en la limpieza de evacuaciones intestinales y de la vejiga, alimentación, baños en la cama, vestirse, cuidado relacionado a la menstruación, ayuda para moverse de un lado a otro, transferencias, bañarse y aseo personal, frotar la piel y reposicionamiento, cuidado/ayuda con prótesis, acompañar a citas médicas/recursos alternativos, eliminación de peligros en el patio/jardín, limpieza profunda, supervisión de protección (observar el comportamiento de una persona que no se dirige por sí misma, confundida, impedida mentalmente o con una enfermedad mental e intervenir cuando sea apropiado para salvaguardar al beneficiario de lesiones, peligros o accidentes), y servicios paramédicos (actividades que requieren un criterio basado en entrenamiento recibido de un profesional en el cuidado de la salud, tal como administrar medicinas, introducción de un instrumento agudo en la piel, etc., los cuales una persona haría por sí misma si dicha persona no tuviera limitaciones funcionales, y las cuales, debido a su condición física o mental, son necesarias para mantener su salud). El Programa de IHSS proporciona ayuda directa y/o asistencia verbal (recordando o sugiriendo) para los servicios mencionados anteriormente.

*Profesional en el cuidado de la salud con licencia significa una persona con licencia de la oficina/agencia reguladora apropiada en California, ejerciendo dentro del ámbito de su licencia o certificación como se define en el Código de Negocios y Profesiones. Estas personas incluyen pero no se limitan a médicos, asistentes de médicos, clínicos de centros regionales o clínicos supervisores, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos, psiquiatras, psicólogos, optometristas, oftalmólogos, y enfermeras(os) del sistema de la salud pública.

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD**

Nombre del Solicitante/Beneficiario:

del Caso de IHSS:

C. INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD

(Para ser completada solamente por un profesional en el cuidado de la salud con licencia)

NOTA: LAS PREGUNTAS #1 & #2 (Y #3 & #4 TAMBIÉN, SI SON PERTINENTES) TIENEN QUE SER COMPLETADAS COMO UNA CONDICIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS DE IHSS.

1. ¿Es cierto que esta persona <u>no puede</u> independientemente hacer una o más de las actividades de la vida diaria (por ejemplo, comer, bañarse, vestirse, usar el baño, caminar, etc.), o actividades instrumentales de la vida diaria (por ejemplo, limpiar la casa, preparar comidas, ir a comprar comida, etc.)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2. En su opinión ¿se recomienda uno o más servicios de IHSS para prevenir la necesidad de cuidado fuera del hogar? (Vea la descripción de los servicios de IHSS en la página 1.)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<p>Si usted contestó "NO" a la pregunta #1 Ó #2, no conteste las preguntas #3 y #4 a continuación, y complete el resto del formulario incluyendo la certificación en la PARTE D al final del formulario.</p> <p>Si usted contestó "SÍ" a las preguntas #1 Y #2, conteste las preguntas #3 y #4 a continuación, y complete la certificación en la PARTE D al final del formulario.</p>	
3. Proporcione una descripción de cualquier condición física y/o mental, o limitación funcional, que ha ocasionado o contribuido a la necesidad de esta persona para asistencia del Programa de IHSS:	
4. ¿Se espera que esta condición(es) o limitación(es) funcional dure más de 12 meses seguidos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Por favor, complete las preguntas #5 - 8, tanto como sea posible, para ayudar más al trabajador de IHSS a determinar la elegibilidad de esta persona.

5. Describa el tipo de servicios que usted proporciona a esta persona (por ejemplo, tratamiento médico, cuidado médico continuo no intenso, planificación para cuando se da de alta la persona, etc.):

6. ¿Durante cuánto tiempo ha proporcionado servicio(s) a esta persona?

7. ¿Con qué frecuencia tiene usted contacto con esta persona? (por ejemplo, mensualmente, una vez al año, etc.):

8. Indique la última fecha en que usted proporcionó servicios a esta persona: ____ / ____ / ____

NOTA: ES POSIBLE QUE EL TRABAJADOR DE IHSS SE COMUNIQUE CON USTED PARA INFORMACIÓN ADICIONAL O PARA ACLARAR LAS RESPUESTAS QUE USTED PROPORCIONÓ EN LA PARTE ANTERIOR.

D. CERTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL EN EL CUIDADO DE LA SALUD CON LICENCIA

Al firmar este formulario, yo certifico que tengo una licencia profesional del Estado de California y/o soy un proveedor certificado de servicios de Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). Certifico también que toda la información que proporcioné en la parte anterior es correcta.

Nombre:

Título:

Dirección:

Número de teléfono:

Número de fax:

Firma:

Fecha:

Número de Licencia Profesional:

Autoridad que otorgó la licencia:

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL TRABAJADOR DE IHSS ANOTADO EN LA PÁGINA 1.